

# 国民健康保険 被保険者証等再交付申請書

大刀洗町長 様

年 月 日

次のとおり申請します。 なお、紛失等により失った被保険者証等を発見したときは、その被保険者証等を直ちに返納することを誓約します。また、紛失につき損害が生じた場合の費用は、当方で負担することを誓約します。				
世帯主	被保険者 記号・番号	9	6	
	氏 名			個人番号
	住 所	三井郡大刀洗町大字 (電話番号 - - )		
再交付を必要とする被保険者	氏 名	続 柄	生 年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
再交付を必要とするもの	<input type="checkbox"/> 被保険者証（兼高齢受給者証） <input type="checkbox"/> 被保険者資格証明書 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 資格喪失証明書 <input type="checkbox"/> 被扶養者・障害・特定疾病証明書 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
再交付を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
申請が世帯主以外の場合	氏 名 ..... 世帯主との続柄 ..... 住所等 ..... (□世帯主と同じ) 電話番号 ..... (□世帯主と同じ)			

※太ワクの中の必要な部分だけ記入してください（申請（届出）が世帯主以外の場合で住所や電話番号が世帯主と同じ場合はし点を付けてください）。

## 市区町村処理欄

本人確認	番号カード・免許証・在留カード・パスポート・障害者手帳・その他（ ） (代理人・後見人申請) 委任状・登記事項証明書			
交付方法	手渡し 郵送（ 年 月 日）			
	受付年月日	入 力	確 認	認 定
	・			
				引 渡